受付No.

動物病理組織検査申込書

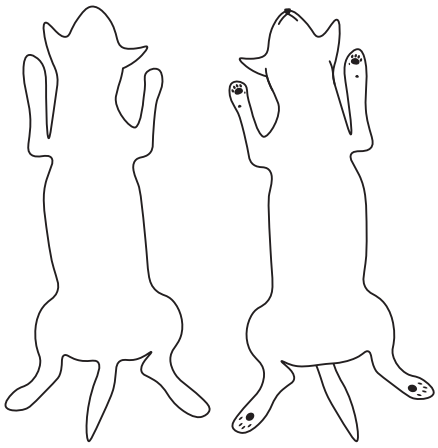
令和　　年　　月　　日

病院名				依頼獣医師名					
動物種		品種		年齢	歳　ヵ月齢	性別		避妊	未・済
飼主氏名				動物呼称					
臨床診断				カルテ番号等					
細胞診	標本枚数：　　枚				染色名：				

検査組織・臓器・部位

図解
- □ 病理
- □ 細胞診

＜遺伝子解析＞
- □ クロナリティー
- □ c-kit遺伝子
- □ HER2遺伝子
- □ B-RAF遺伝子



切除日　　月　　日 午前・午後　　時

臨床経過・検査所見・治療概要等

※遺伝子解析は細胞診標本および病理ブロックからでも実施いたします。

各種療法の施行期間と量

化学療法　：あり・なし（薬品名：　　）

ホルモン療法：あり・なし（薬品名：　　）

放射線療法　：あり・なし（薬品名：　　）

・前回生検　　年　　月頃

・標本番号

検査要望事項（具体的に御記入ください）

病理組織標本の作製及び送付　　希望する　・　希望しない

（希望する場合は、検査料とは別に料金がかかります。）

注意　(1)必ず材料を10%ホルマリン液で固定して本紙を添えて御申込ください。
(2)検査材料はなるべく大きなものを御提出ください。（できれば摘出材料全て御提出ください。）
(3)なお、検査結果（診断等）については、学術的に利用することがあることをあらかじめ飼主から同意を得た上で御申込ください。

〈個人情報の取扱い〉本書に記載された個人情報は、動物病理組織検査のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。

株式会社ライフコネクト

Office 078-330-7623　Mobile 090-1020-0562

E-Mail soichi.tada@lifeconnect-kobe.co.jp

〒650-0012 兵庫県神戸市中央区北長狭通4-2-12 3階